617.55
LC

Aus der Königl. chirurgischen Universitäts-Klinik zu Kiel.

Über 118 mit Murphyknopf behandelte Fälle von Operationen an Magen und Darm aus den Jahren 1899—1906.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Wildenrath

aus Lobberich (Rheinland).

Kiel 1906.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Königl. chirurgischen Universitäts-Klinik zu Kiel.

Über 118 mit Murphyknopf behandelte Fälle von Operationen an Magen und Darm aus den Jahren 1899—1906.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Wildenrath

aus Lobberich (Rheinland).

Kiel 1906.

Druck von H. Fiencke.

No. 18.

Rektoratsjahr 1906/1907.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. Hensen,
z. Z. Dekan.

Meiner lieben Mutter

und dem Andenken meines Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uber118mitmurphy0000hein

Seit 1892, als Murphy zum ersten Male mit seiner Erfindung an die Öffentlichkeit trat, hat sich eine Menge mehr oder weniger umfangreicher statistischer Litteratur über Murphyfälle angehäuft und von den einzelnen Autoren sind die verschiedensten Urteile über die Verwendbarkeit des Murphyknopfes abgegeben worden. Für die Beurteilung derselben sind als maßgebend angeführt die Art und der Ort der Operation, der Zustand des Operierten, die Dauer des Eingriffes, seine Sicherheit bezüglich der Haltbarkeit und Funktionsfähigkeit der künstlich hergestellten Darmverbindung und die Bedeutung des Knopfes als Fremdkörper im Darmkanal.

Alle diese Momente im einzelnen zu beurteilen liegt nicht im Rahmen dieser Veröffentlichung; sie soll lediglich einen Überblick über die in der hiesigen Klinik gemachten Erfahrungen und, da wohl feststeht, daß die Frage nur an der Hand eines zahlreichen statistischen Materials entschieden werden kann, einen Beitrag dazu geben.

Es handelt sich um 118 Fälle, die sich aus den Journalen der Zeit vom 1. April 1899 bis zum gleichen Datum dieses Jahres zusammenstellen ließen. Die Gesamtmortalität für diese Fälle beträgt mit 31 Todesfällen 26,27 %. Es ist dies eine Zahl, die nach der mir zur Verfügung stehenden Litteratur als günstig bezeichnet werden muß. So berechnet Wiener (Centralblatt für Chirurgie 1895) für die Gastroenterostomie 19 %. Murphy l. c. für die Gastroenterostomie und Cholecystenterostomie zusammen 17,7 %, Luria für Knopfoperationen überhaupt (C. f. Ch. 1897) 26,57 %, Mar-

wedel l. c. 34,5% und Glumsky-Steinthal (Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 27) 32,75%. Was die Art der Operationen aus der hiesigen Klinik betrifft, so sind von 118 Operationen nicht weniger wie 108 Gastroenterostomieen. Von diesen wurden 97 als gastr. post. retroc. ausgeführt. Von den 11 übrigen war eine einzige gastr. ant. antecol. Die andern waren gastr. retrocol. ant.

Ausgeführt wurden 79 wegen Carcinom des Magens, die übrigen wegen narbiger Stenose und Dil. ventr. mit Ausnahme einer wegen Stenose des Duodenums und einer wegen ulcus duodeni.

Von diesen 108 Gastroenterostomieen genasen bezw. erhielten eine funktionsfähige Magendarmanastomose 91. Von dem Rest starb nur ein einziger an einer Insuffizienz der Knopfanastomose (s. u. Fall 27). Die übrigen kamen durch interkurrente Krankheiten und Schwäche ad exitum. In allen Fällen sistierte das Erbrechen mit Ausnahme eines einzigen Falles (100) dauernd.

Für die Gastroenterostomie stellt sich also die Mortalität auf 15,7% im Ganzen.

Das ist, wenn man sich auf die von Glumsky (B. z. kl. Ch. Bd. 27) für die Gastroenterostomie überhaupt mitgeteilten Zahlen stützt, eine relativ sehr niedrige Prozentzahl. Er teilt l. c. mit, daß Doyen für seine Gastroenterostomieen 12% Mort. angiebt (26 Fälle 3 × ex. let.) Carle 21,56% (51 Fälle) v. Eiselsberg 23,7% (38 Fälle).

Es liegt also die Vermutung sehr nahe, daß für die Gastroenterostomie, also im gesunden Gewebe, der Murphyknopf einen sehr guten Ersatz für die Naht bietet.

Sucht man diejenigen Fälle aus den unten angeführten Gastroenterostomieen heraus, wo der seinen Zweck nicht erfüllt hat, so kann man nur Fall 27 und 67 anführen. In dem ersteren Falle ist wohl außer Zweifel, daß die Ursache für die Peritonitis und den üblen Ausgang darin zu suchen ist, daß der Knopf nicht dicht gehalten oder eine kleine Stelle der Anastomose zu schnell nekrotisiert hat. In dem anderen Falle ist der Knopf mit großer Wahrscheinlichkeit für den 22 Tage nach der Operation sich einstellenden Ileus

verantwortlich zu machen, da sofort nach Abgang des Knopfes die Ileussymptome verschwanden. In allen andern Fällen stellte die Sektion fest, daß die Todesursache mit der Knopfmethode in keinem Zusammenhange stand.

Es ist unter den 108 Fällen kein einziger, in dem der Knopf in den Magen oder das zuführende Darmstück gelangt wäre und zu Unzuträglichkeiten Anlaß gegeben hätte.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, mit kurzen Worten die Operationsmethode zu skizzieren, wie sie hier von Herrn Geheimr. Helferich seit Beginn der Benutzung des Murphyknopfes in allen Fällen ausgeführt worden ist. Nach der Einlegung der Tabaksbeutelnaht in die oberste hervorgeholte Darmschlinge und Reinigung derselben durch Ausdrücken und Abklemmen zwischen zwei dünnen Gummischläuchen wird in der Längsrichtung des Darmes der Schnitt zwischen den Fäden der Naht angelegt, der schwerere Teil des Knopfes darin eingeschoben und fixiert. Dann wird durch mehrere von den Seiten her raffende Knopfnähte das an den Knopf anstoßende zuführende Ende in Serosafältchen gelegt, sodaß infolgedessen dasselbe etwas verengert wird und durch den seitlichen Zug das abführende Ende zwingt, sich etwas steiler einzustellen.

Die Anlegung der leichteren Knopfhälfte geschieht nur insofern anders, als, um eine Blutung aus den zuführenden Gefäßen zu vermeiden, der Schnitt quer zur Magenlängsrichtung angelegt wird. Nach der Vereinigung der Knopfhälften werden dann noch die Serosafältchen des zuführenden Darmteiles an den Magen durch Knopfnähte angeheftet, sodaß das vorher verengerte zuführende Ende etwas erhöht am Magen fixiert ist. Umfassende Nähte werden nicht gemacht. Der Mesokolonschlitz wird an den Magen angeheftet.

Von den Autoren auf diesem Gebiete befürwortet namentlich Gelpke (deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906) den Knopf gegenüber der Naht bei Gastroenterostomie, indem er der Naht vorwirft, viel häufiger zu späteren Stenosen Anlaß zu geben.

Aus der hiesigen Klinik ist bezüglich der Knopf-

operationen kein Fall bekannt, wo nachträglich durch die neue Anastomose Stenosenerscheinungen aufgetreten wären.

Über die durchschnittliche Dauer der Knopfoperationen geben leider die Krankenjournale keinen genauen Aufschluß. Aber gerade in diesem Punkte ist wohl die Knopfmethode unbestritten der Naht überlegen, namentlich, da sie die Anwendung der Lokalanästhesie mit ihrer beschränkten Dauer gestattet und damit die Gefahren der Operation, die zu einem erheblichen Teile auch die längere Dauer und die Narkose darstellen, ganz bedeutend verringert.

Was die Ausstoßung des Knopfes betrifft, so ging derselbe in der Mehrzahl der Fälle, in denen sein Abgang bezw. sein Verweilen sich feststellen ließ, zwischen dem 12. und 20. Tage ab. In einem Falle ließ er sich am 40. Tage und in zwei Fällen, die außerhalb dieser Mitteilungen standen, einmal 7 Monate und einmal 2 Jahre nach der Operation noch an der Anastomose mittelst Röntgenaufnahme nachweisen.

Trotzdem in keinem der erwähnten Fälle das Sitzenbleiben des Knopfes erhebliche Beschwerden für den bebetreffenden Patienten zur Folge hatte, muß man einen derartigen Fremdkörper im Darmrohr wohl als eine dauernde Gefahr für den Inhaber bezeichnen.

Ganz anders verhalten sich indessen die übrigen Fälle von Anastomosenbildung mit Knopf, die unten mitgeteilt sind. Sie tragen deshalb auch die Schuld an dem Aufschnellen des Prozentsatzes der Gesamtmortalität von 15,7 % für die Gastroenterostomie auf 26,7 %. Denn von diesen 10 Fällen kamen 6, also 60 % ad exitum.

Es liegt also die Frage nahe, ob nicht der Knopf die Schuld an dieser hohen Sterblichkeit wenigstens zu einem erheblichen Teile getragen hat.

Es wird ja auch von einer ganzen Reihe namhafter Autoren die Anwendung des Murphyknopfes in den unteren

Darmabschnitten überhaupt und am ganzen Darm bei irgendwelcher vorausgegangener Schädigung scharf bekämpft.

Marwedel (C. f. Ch. 1897) giebt 6 Fälle an, wo er wegen Darmgangrän 5 × mit Knopf resezierte und einmal unter Verlagerung der brandigen Partie nach Geh. Rat Helferich die Knopfanastomose im Gesunden anlegte; 3 von diesen starben. Bei drei Resektionen des Coecums starben 2 Patienten an Perforationsperitonitis. Marwedel giebt in beiden Fällen dem Knopfe die Schuld und warnt vor einer direkten Vereinigung end-to-end resezierter Darmenden mit Knopf. Statt dessen empfiehlt er die Naht. Er betont auch die Gefahr der Kotverstopfung des engen Knopflumens.

Haidenhain (C. f. Ch. 1897) weist darauf hin, daß auch bei seitlicher Anastomose die Ileusgefahr durch Kotverstopfung nicht ausgeschlossen ist.

Heydenreich (C. f. Ch. 1897) ist geneigt, bei Operationen am Dickdarm von der Verwendung des Murphyknopfes abzusehen.

Jordan (C. f. Ch. 1898) hält nach seinen Erfahrungen den Murphyknopf für Coecum und Colon ungeeignet.

Neuweiler, der (Langenbecks Archiv Bd. 69) die gesamte einschlägige Litteratur zusammengestellt hat, verwirft die Anwendung des Knopfes für inkarzerierte Hernien wegen der meistens bestehenden peritonealen Infektion gänzlich, während Gelpke, trotzdem er eine Mortalität von 4 : 10 angiebt, sich von den Resultaten bei Hernia gangraenosa befriedigt erklärt. (D. Z. f. Ch. 1906.)

Neuweiler l. c. lehnt ihn auch strikte für die Anlegung side-to-side ab, da die Gefahr nahe läge, daß der Knopf in den Blindsäcken liegen bliebe.

Kümmell (C. f. Ch. 1898) will dagegen beim Knopf auch am Dickdarm keine Nachteile gesehen haben.

Czerny bevorzugt wiederum am Dickdarm für die Anastomosenbildung die Naht. (Simon, Beitr. z. klin. Chir. 1905, Jahresbericht aus der Heidelberger Univ.-Klinik).

Von den hier unten mitgeteilten 4 Resektionen nach vorausgegangenen Ileussymptomen sind 3 ad exitum gekommen

und zwei davon mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch die Anwendung des Knopfes. Denn bei beiden Fällen (116 und 117) befand sich die Perforation an der Stelle, wo durch den Fingerdruck beim Schließen der Knopfhälften der schon durch den vorhergegangenen Ileus in seiner Lebensfähigkeit stark beeinträchtigte Darm lädiert wurde, was mit großer Wahrscheinlichkeit der Anlaß für die spätere Perforation gewesen ist. Es ist hier wohl kaum nötig zu betonen, daß soweit wie irgend angängig im scheinbar völlig Gesunden reseziert wurde.

In Fall 118 ist wohl mit Sicherheit der abgegangene Knopf der Dünndarmanastomose der Grund für die Perforation gewesen, indem er durch sein Steckenbleiben vor dem länger haftenden Dickdarmknopfe dort eine Drucknekrose herbeiführte.

Es ist wohl zweckmäßig, die Fälle 116 und 117 an dieser Stelle ausführlich anzuführen.

Fall 116. J.-No. 1328. 28. XI. 1905.

Willi G., Arbeiterkind, 7 J. Ileus durch Invagination, Laparotomie, Darmresektion mit Murphyknopf.

Anamnese. Patient war bis vor 5 Tagen gesund. Im Anschluß an einen beim Spielen erhaltenen Fußtritt gegen den Unterleib, klagte er über Leibschmerzen, die ihren Sitz in der Gegend des Nabels haben sollten. Der Appetit ließ nach. Verhaltung von Stuhl und Flatus. Die angeratene Operation wird abgelehnt. Nur einmal nach hohem Einlauf Abgang einiger Kotbröckel. Zunehmende Schmerzen. Aufgetriebener Leib. Aufnahme in die Klinik.

Status: Grazil gebauter Junge in mäßigem Ernährungszustand. Sieht schwer krank aus. Facies hippocratica. Temperatur 37,6. Puls 140, klein. Klagen über kolikartige Leibschmerzen etwas rechts vom Nabel. Man sieht die mit den Schmerzen stärker einsetzende Peristaltik. Bauchdecken gespannt und aufgetrieben. Ascites nicht nachweisbar. Die Schmerzen beim Betasten sind geringer als während der Koliken. Vom Rektum aus kein Befund.

Sofort Operation. Chlorof.-Äther-Tropfnarkose. Mediane Laparotomie. Sofort quellen geblähte Dünndarm-

schlingen hervor. Kein freier Erguß, keine stärkeren Entzündungserscheinungen. Erweiterung des Schnittes nach oben und unten. Auspacken des Dünndarms. Invagination des Ileums auf ca. 12 cm Länge mit dem unteren Ende 20 cm von der Valv. Bauh. entfernt. Die pars intussuscipiens zeigt nekrotische Inseln und ist dunkelbraunrot. Ileumstück unterhalb stark kontrahiert und leer. Im Dickdarm wenige Kotballen. Resektion der Invagination (ca. 30 cm) Möglichste Entleerung des geblähten Teiles durch Punktion innerhalb der resezierten Partie. Typische Murphyknopfanastomose side-to-side, da der Puls des Pat. trotz späterer alleiniger Äthernarkose dauernd nachläßt. Naht des Mesenteriumschlitzes. Schluß der Bauchhöhle mit durchgreifenden Zwirnknopfnähten. Drains. Pflaster. Bindenverband.

Während der Operation 2 × Kampher subc. Dann 1750 cbcm Kochsalzinfusion in die ven. med. cub., während deren der nicht mehr fühlbare Radialpuls wiederkehrt, 160. Warmes Wasserkissen; halbst. Kampher. Glühweinklystiere.

Nachmittags: Aussehen sehr gut. Klagen über Leibschmerzen. Puls 152, leidlich kräftig. Zwei Einläufe. Beide Male nach klumpigen Massen reichl. dünner Stuhl.

Nachts 2 h.: Zunehmendes Nachlassen des Pulses. Trotz stündl. Kampherinj. Aussehen sehr schlecht. Blässe. Kühle Nase. Radialpuls kaum fühlbar, 180. Intravenöse Infusion in die ven. med. mißlingt, da das Gefäß für die Kanüle zu eng ist. Während der Freilegung der ven. saph. d. verschwindet der Radialpuls völlig. Moribundes Aussehen. Trotzdem 1750 ccm Inf. in die v. saph. Puls hebt sich wider Erwarten. Kaffee und Wein per os werden erbrochen. Kein fäkulenter Geruch des Erbrochenen. Noch zweimal dünner Stuhl.

29. XI. Allgemeinbefinden besser. Schmerzen geringer. Kaffee erbrochen. Nur Infusionen. Hohe Einläufe. Reichl. Stuhl und Flatus. Da nachts der Puls noch einmal nachläßt, 3 Strich Digalen subc. Chlorof.-Alkoholverband. Hoher Einlauf. Reichl. Stuhl-Infusion subc.

30. XI. Schmerzen geringer. Leib weich, nicht empfindlich. Puls stärker, 140. 2 × subc. Inf. Kampfer 3 × tägl.

1. XII. Subj. Wohlbefinden. Flüssige Nahrung gut vertragen. 4×dünner Stuhl und reichl. Flatus. Schläft viel.

2. XII. Nacht leidlich. Leibschmerzen. Abdomen etwas gespannt, keine umschriebene Druckempfindlichkeit. 1×stark riechender dünner Stuhl mit Milchflocken. Temp. 39,1. Abends 40,1. Abdomen stark gespannt. Stetes Erbrechen.

3. XII. Bild der diffusen Peritonitis. Aus den Drainstellen reichlich Eiter. Bei Öffnung einiger Nähte im ganzen Abdomen Eiter. $2^1/_2$ h. nm. ex. let.

Autopsie.

Perforations durch Peritonitis kurz oberhalb der valv. Banh. 2 cm vom Knopfe. Frische Pleuritis bdsts. Hypostasen und Kollapsherde beider Lungen.

Fall 117. J.-No. 1331. 29. XI. 1905.

August M., 33 J., Arbeiter. Carcinoma polyposum jejuni. Resektion eines 25 cm langen Jejunumstückes. Murphyknopf.

Anamnese: Pat. giebt an, daß er seit etwa $1^1/_2$ Jahren an Leibschmerzen und Erbrechen leide. Das Erbrechen pflege sich meistens Vormittags einzustellen und trete zuweilen wöchentlich mehrere Male, zuweilen längere Zeit garnicht auf. Im Laufe dieses Sommers will P. Abgang von klumpigem, dickem, mit Eiter gemengtem Blute im Stuhl bemerkt haben. Stuhlgang meistens angehalten. P. gebraucht Hülfsmittel. Hat seit dem Bestehen der Krankheit in der linken Seite des Leibes neben dem Nabel einen harten, fingerstarken Knoten bemerkt, der nicht größer geworden ist. Abnahme des Körpergewichtes.

Status. P. ist von mittlerer Größe und in mäßigem Ernährungszustande. Doppelseitiger Leistenbruch. Bruchpforte rechts für 2 F. durchgängig. Bruch reponibel. Bruchband. Links Bruchpforte wenig kleiner. Links in Nabelhöhe neben dem Rande des Rekt. ein harter, nicht ganz kleinfingerlanger, länglich geformter, sehr verschieblicher Tumor, der leicht höckerig ist und sich fast vollständig umgreifen läßt. Durch Darmaufblähung wird er wenig beeinflußt und liegt seitlich von dem geblähten Dickdarm.

30. XI. Tumor wenig verschieblich in der Magengegend. Im Abdomen kleine bis kirschgroße glatte Knoten.

1. XII. Operation in Chlf.-Narkose.

Mediane Laparotomie. Nach dem Hervorholen des Tumors zeigt sich derselbe als ein großes Karzinom des Dünndarms, ca. 25 cm unterhalb der flex. duodenojejun. Das zuführende Stück ist enorm erweitert bis zur Dicke eines starken Handgelenkes, aber nicht gebläht. Darmwand stark verdickt. Beim Ausstreichen des Darmes am zuführenden Ende fühlt man eine ganze Anzahl bis kirschgroßer Geschwülste, die den Eindruck von Polypen machen. Es wird daher bei der Resektion des 25—30 cm langen Stückes soweit wie irgend möglich bis 8 cm von der Flexur nach oben gegangen. Das Mesenterium wird möglichst weit zur Radix hin abgetrennt. Wiedervereinigung side-to-side unter einiger Schwierigkeit mit Murphyknopf. Nahtverschluß der Mesenteriumlücke. Bauchschluß mit durchgreifenden Nähten. Nichts per os, Infusionen, Kampher, Morphium.

2. XII. Temp. abends 39,0, Puls 96, gut; wenig Schmerzen; gelegentliches Aufstoßen; kein Erbrechen.

3. XII. Weniger Aufstoßen; Flatus nach Darmrohr; Leib weich; nur Infusionen.

6. XII. Die Temp. stieg am 3. auf 39,2. Am folgenden Tage gingen auf Einführung eines Darmrohres noch einige Winde ab. Am 5. häufiges Erbrechen galliger Flüssigkeit. Abends noch einige Winde. Puls war gut. Tägl. zweimal Infusionen und Kampher. Nachts Morphium. Klystiere. Heute verschlechterte sich der Zustand zusehends. Abends Temp. 39,8. Puls 128—144, klein, unregelmäßig. Viel Aufstoßen und Erbrechen zum Teil galliger und fäkulent riechender Flüssigkeit.

Laparotomie. Das Abdomen ist mit fäkulenter Flüssigkeit gefüllt. Zahlreiche Adhäsionen. Perforation nicht zu finden. Tamponade. Infusionen, Kampher.

7. XII. Morgens ex. let.

Autopsie:

Perforationsperitonitis. Kleine kreisförmige Perforation des oberen Blindsackes neben dem Knopf. Eitrig-fibrinöse

Verklebung der Darmschlingen untereinander. Großer langgestielter Polyp im Coecum und Col. desc.

Zusammenstellung der Murphyfälle aus den Jahren 1899—1901 in kurzen Auszügen.

Fall 1. J.-No. 334. 23. V. 1899.

Frau H., 45 J. Carc. pylori et dil. ventr. Inoperabler Tumor. Gastroenterostomie nach v. Hacker mit Murphyknopf am 2. VI. Am 18. VI. Patientin nach ausgezeichnetem Verlauf vollständig hergestellt. Knopf abgegangen. 22. VI. Entlassung.

Fall 2. J.-No. 284. 10. V. 1899.

Frau E., 69 J. Carc. ventr.; Gastr. retr. ant. mit Murphyknopf in typischer Weise am 20. V. Knopf abgegangen am 10. VI.

Entlassung nach dauernd gutem Allgemeinbefinden.

Fall 3. J.-No. 640. 20. VII. 1899.

Frau G., 57 J., Carc. ventr. 27. VII. Gastr. ant. retrocol. mit Murphyknopf in typischer Weise. Ungestörter Verlauf. 10. VIII. Knopf abgegangen. 12. VIII. Entlassung.

Fall 4. J.-No. 681. 26. VII. 1899.

Frau G., 48 J., Ulcus ventr., Perigastritis. Gastroenterostomie nach v. Hacker mit M.-K. in typischer Weise. Knopf nicht gefunden. Kein Röntgenbild. Verlauf ohne Störung. 23. VIII. Entlassung. Ohne späteren Bericht.

Fall 5. J.-No. 831. 29. VIII. 1899.

v. B., 58 J., Carc. pylori. 1. IX. Gastroenter. nach v. Hacker mit M.-K. in typischer Weise. 14. IX. Knopf auf ol. ric. abgegangen. Dauerndes Wohlbefinden. 30. IX- Entlassung.

Fall 6. J.-No. 863. 4. IX. 1899.

R., 33 J., Pylorusstenose nach ulc. vent. 5. IX. Gastroent. mit M.-K. nach v. Hacker in typischer Weise. 6. IX. Ex. let.

Sektion: Lungenödem, keine Perforation und Peritonitis.

Fall 7. J.-No. 997. 16. X. 1899.

Frau B., Ulcus pyl.; carc. ventr. 21. X. Gastroenterost.

nach v. Hacker mit M.-K. Während der Operation perforiert das Ulcus, das durch die anliegende Gallenblase verschlossen gehalten wurde. Excision, Naht. 24. X. Exit. let. unter periton. Symptomen.

Sektion: Peritonitis in der Umgebung der Ulcusstelle. Anastomose dicht und funktionsfähig. Aspirationspneumonie

Fall 8. J.-No. 1049. 28. X. 1899.

H., 41 J. Carc. ventr. 31. X. Gastroent. nach v. Hacker mit M-K. 18. XI. Knopf entleert. Dauerndes Wohlbefinden. 28. XI. Entlassung.

Fall 9. J.-No. 1115. 9. XI. 1899.

Frau D., 35 J. Ulc. vent. Perigastritis. Gastr. retr. ant. mit M-k. in typischer Weise. Ungestörter Verlauf. 9. XII. Entlassung.

Fall 10. J.-No. 1236. 10. XII. 1899.

J., 62 J. Carc. ventr. Gastroenterost. nach v. Hacker mit M.-K. in bekannter Art. 19. XII. Ex. let. an Marasmus.

Sektion: Lungenödem. Anastomose reaktionslos.

Fall 11. J.-No. 202. 17. IV. 1900.

B., 77 J. Carc. ventr. Gastroenterost. nach v. Hacker am 27. IV. mit M.-K. in typischer Weise. Ungestörter Verlauf. 2 × Erbrechen am 29. IV. und 13. V. 14. V. Knopf auch im Röntgenbild nicht zu finden. 15. V. Entlassung.

Fall 12. J.-No. 247. 26. IV. 1900.

Sch., 54 J. Carc. ventr. Resectio ventr. et 1. V. Gastr. post. retr. mit M.-K. in typischer Weise. 5. V. Ex. let.

Sektion: Lungengangrän. Abdomen reaktionslos.

Fall 13. J.-No. 302. 8. V. 1900.

Frau V., 45 J. Carc. pylori. 12. V. Resectio pylori und gastr. post. retr. mit M.-K. in typischer Weise. 2 × Erbrechen. Ungestörter Verlauf. Knopfabgang nicht festgestellt. 4. VI. Entlassung.

Fall 14. J.-No. 356. 22. V. 1900.

Frau K., 53 J. Carc. ventr. 1. VI. Gastr. post. retroc. mit M.-K. in typischer Art. Verlauf gut. Knopfabgang nicht festgestellt. 14. VI. Entlassung.

Fall 15. J.-No. 411. 5. VI. 1900.

St., 40 J. Carc. pyl. 11. VI. Gastr. post. retroc. mit M.-K. Reaktionsloser Verlauf. 28. VI. Knopfabgang. 4. VII. Entlassung.

Fall 16. J.-No. 467. 15. VI. 1900.

B., 49. J. Carc. pylori. Gastr. ant. retroc. mit M.-K. in gewohnter Weise. Reaktionsloser Verlauf. 2. VII. Knopf entleert. 17. VII. Entlassung.

Fall 17. J.-No. 471. 15. VI. 1900.

Frau St., 60 J. Carc. pyl. Resectio pylori und gastr. post. retr. mit M.-K. Guter Verlauf. Knopfabgang nicht festgestellt. 13. VII. Entlassung.

Fall 18. J.-No. 472. 15. VI. 1900.

Frau G., 35 J. Carc. ventr. recid. nach Pylorusresektion. Peritonealcarcinose. 20. VI. Gastr. ant. retroc. mit M.-K. Knopfabgang nicht festgestellt. 30. VI. Auf Wunsch entlassen.

Fall 19. J.-No. 594. 11. VII. 1900.

Frau B., 45 J. Carc. ventr. 18. VII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Häufiges Blutbrechen. Knopfabgang nicht festgestellt. 12. VIII. Entlassung.

Fall 20. J.-No. 666. 26. VII. 1900.

L., 54 J. Carc. ventr. inop. 1. VIII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Ungestörter Verlauf. 12. VIII. Knopfabgang. 20. VIII. Entlassung.

Fall 21. J.-No. 711. 6. VIII. 1900.

Frau K., 67 J. Carc. pylori et pancreatis. 10. VIII. Gastroent. post. retr. mit M.-K. 20. VIII. Ex. let. unter Collapserscheinungen.

Sektion: Bronchopneumonie. Endarteriitis. Abdomen: intakt.

Fall 22. J.-No. 853. 12. IX. 1900.

G., 40 J. Carc. pylori. 17. IX. Gastr. ant. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 30. IX. Knopfabgang. 16. X. Entlassung.

Fall 23. J.-No. 958. 6. X. 1900.

C., 65 J. Carc. pyl. 10. X. Resectio pyl. und Gastr'

post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 30. X. Knopf abgegangen. 8. XI. Entlassung.

Fall 24. J.-No. 1003. 15. XI. 1900.

Frau L., 40 J. Ulc. pyl. Perigastritis. Enteroptosis. Gastr. post. retr. mit M.-K. Knopf nach 13 Tagen abgegangen. 9. XII. Entlassung.

Fall 25. J.-No. 1136. 15. XI. 1900.

J., 10 J. Ileus, Volvulus des untersten Ileums. Peritonitis. Darmresektion mit M.-K. 17. XI. Ex. let. unter Kollaps.

Sektion: Lungenödem, Peritonitis. Keine Perforation.

Fall 26. J.-No. 1243. 14. XII. 1900.

Frau K., 60 J. Carc. hepatis et ventr. 19. XII. Gastr. post. retr. mit M.-K. 27. XII. Unter zunehmender Schwäche Ex. let.

Sektion: Lungenödem. Abdomen intakt.

Fall 27. J.-No. 1381. 17. I. 1901.

Frau P., 40 J. Carc. pylori. Gastr. post. retroc. am 21. I. Anfangs Verlauf gut. 4. II. starke Eitersekretion aus dem unteren Wundwinkel. Schwäche. Hohe Temperaturen. 10. II. Keine Eitersekretion mehr. Leib weich, schmerzfrei, nicht aufgetrieben. 11. II. Ex. let.

Sektion: Eitrige Peritonitis. Ablösung einer umschriebenen Stelle der Knopfanastomose.

Fall 28. J.-No. 1405. 23. I. 1901.

Frau C., 41 J. Carc. pylori. 28. I. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf durch hyp. Pneumonie gestört. M.-K. auch mit Röntgenstrahlen nicht aufgefunden. 20. II. Entlassung.

Fall 29. J.-No. 1412. 24. I. 1901.

Frau W., 50 J. Carc. ventr. 29. I. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 15. II. Knopf abgegangen. 28. II. Entlassung.

Fall 30. J.-No. 1523. 18. II. 1901.

M., 41 J. Ulc. pyl. 1. III. Pylorusresektion und gastr. post. retr. mit M.-K. Ungestörter Verlauf. Knopf nicht gefunden. 23. III. Entlassung.

Fall 31. J.-No. 1540. 23. II. 1901.

Ti., 52 J. Carc. pylori. Gastr. post. retr. mit M.-K. Knopf nicht gefunden. 26. III. Entlassung.

Fall 32. J.-No. 179. 2. IV. 1901.

E., 65 J. Carc. ventr. inop. 22. IV. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf ungestört. 11. V. Knopf entleert. 17. V. Auf Wunsch entlassen.

Fall 33. J.-No. 213. 12. IV. 1901.

Frau M., 65 J. Carc. ventr. 18. IV. Gastr. post. retr. Knopf nicht gefunden. Verlauf gestört durch Furunkulose und Phlebitis. 21. IV. Ex. let. unter zunehmender Schwäche.

Sektionsbefund: Allgemeine Tuberkulose und Kachexie. Abdomen und Anastomose gut.

Fall 34. J.-No. 286. 24. IV. 1901.

P., 46 J. Ulc. pylori. 29. IV. Gastr. post. retrocol. mit M.-K. Verlauf günstig. 14. V. Knopf abgegangen. 23. V. Entlassung.

Fall 35. J.-No. 293. 29. IV. 1901.

Frau Kl., 29 J. Ulc. ventr. 1 V. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 13. V. Knopfabgang. 18. V. Entlassung.

Fall 36. J.-No. 351. 10. V. 1901.

Ko., 52 J. Carc. pyl. inop. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 7. VI. Knopfabgang. 22. VI. Entlassung.

Fall 37. J.-No. 556. 3. VI. 1901.

Sa., 21 J. Ulc. duodeni. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf ungestört. Knopf nicht gefunden. 9. VII. Entlassung.

Fall 38. J.-No. 669. 12. VII. 1901.

Ev., 67 J. Carc. pyl. 15. VII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 24. VIII. Knopf vor der Entlassung durch Röntgenaufnahme in der Höhe des Darmbeinkammes gefunden.

Fall 39. J.-No. 673. 12. VII. 1901.

Frau Sch., 47 J. Carc. pyl. 16. VII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 11. VIII. Entlassung; Knopf in der Höhe der Flexur, nach einigen Tagen Abgang.

Fall 40. J.-No. 720. 23. VII. 1901.

Frau Gu., 62 J. Carc. ventr. Gastr. ant. retroc. mit M.-K. Verlauf sehr gut. Knopf nicht abgegangen. 12. VIII. Entlassung.

Fall 41. J.-No. 849. 26. VIII. 1901.

Pe., 50 J. Carc. pylori. 30. VIII. Gastr. ant. retr. mit M.-K. 31. VIII. Ex. let. unter zunehmender Schwäche. Sektion: Hyp. Pneumonie. Abdomen intakt.

Fall 42. J.-No. 890. 4. IX. 1901.

Sö., 62 J. Carc. pyl. Marasmus. 9. IX. Gastr. post. retr. mit M.-K. 11. IX. Ex. let. unter zunehmender Schwäche. Sektion: Chron. Pneumonie der Unterlappen. Atrophisches Herz. Abdomen intakt.

Fall 43. J.-No. 905. 9. IX. 1901.

Ju., 63 J. Carc. ventr. inop. 10. IX. Gastr. post. retr. mit M.-K. 12. IX. Ex. let. im Koma..

Sektionsbefund: Lungenödem. Abdomen: ohne Besonderheit.

Fall 44. J.-No. 959. 24. IX. 1901.

Frau Fr. Ulcusstenose, Perigastritis. 30. IX. Gastr. post. retr. mit M.-K. Hier und da Erbrechen. 12. X. Knopfabgang. 19. X. Entlassung.

Fall 45. J.-No. 1062. 17. X. 1901.

Br., 43 J. Pylorusstenose. 19. X. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf sehr gut. Knopfabgang nicht festgestellt. 20. XI. Entlassung.

Fall 46. J.-No. 1270. 6. XII. 1901.

Di., 44 J. Carc. pyl. inop. 10. XII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Ungestörter Verlauf. 30. XII. Knopf abgegangen. 31. XII. Entlassung.

Fall 47. J.-No. 1443. 13. I. 1902.

Bau., 47 J. Carc. pyl. inop. 17. I. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 1. II. Knopfabgang. 16. II. Entlassung.

Fall 48. J.-No. 1460. 16. I. 1902.

Chr., 50 J. Stenosis duodeni. 21. I. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf sehr gut. Knopfabgang nicht festgestellt. 11. II. Entlassung.

Fall 49. J.-No. 1596. 13. II. 1902.

Po., 48 J. Carc. ventr. inop. Gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. Knopfabgang nicht festgestellt. 20. III. Entlassung.

Fall 50. J.-No. 90. 16. III. 1902.

Ri., 50 J. Carc. pyl. inop. 18. III. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. Knopf nicht abgegangen. 15. IV. Entlassung.

Fall 51. J.-No. 134. 2. IV. 1902.

Schm., 33 J. Carc. pyl. et curv. parvae. 12. IV. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf sehr gut. Knopf ist mit R.-Strahlen nicht nachzuweisen. Abgang nicht bemerkt. 3. V. Entlassung.

Fall 52. J.-No. 218. 13. IV. 1902.

Te., 50 J. 15. IV. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. 3. V. Knopf auch im R.-Bilde nicht zu finden. Entlassung.

Fall 53. J.-No. 51. 21. IV. 1902.

Sto., 27 J. Ulc. ventr. Perigastr. 28. IV. Gastr. post. retr. Verlauf gut. Knopf abgegangen. 21. V. Entlassung.

Fall 54. J.-No. 295. 29. IV. 1902.

Su., 41 J. Perigastritis. 2. V. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf kompliziert durch Parulis. 14. V. Knopf entleert. 2. VII. Entlassung.

Fall 55. J.-No. 327. 6. V. 1902.

Eg., 56 J. Ulcusstenose. Gastr. post. retrocol. mit Murphyknopf. Verlauf gut. Knopfabgang nicht bemerkt. 25. V. Entlassung.

Fall 56. J.-No. 348. 10. V. 1902.

Fr., 54 J. Tuberculosis coeci. 16. V. Darmresektion mit M.-K. und mehrfacher Übernähung der Knopfstelle mit Mesenterium im Ileumende. Die andere Knopfhälfte in der Seitenwand des Colon. Verlauf ungestört. Knopfabgang nicht bemerkt. 8. VII. Entlassung.

Fall 57. J.-No. 368. 13. V. 1902.

Ho., 68 J. Carc. pylori, Gastrektasie. 17. V. Gastr. post. retr. mit M.-K. 18. V. Ex. let.

Sektion: Allgemeine Anämie. Abdomen reaktionslos.

Fall 58. J.-No. 427. 29. V. 1902.

Mü., 52 J. Ulcusstenose. 3. VI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. Knopfabgang nicht bemerkt. 5. VII. Entlassung.

Fall 59. J.-No. 561. 21. VI. 1902.

Fi., 50 J. Carc. pyl. 26. VI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf sehr gut. 10. VII. Knopf bei der Entlassung im R.-Bilde nachgewiesen.

Fall 60. J.-No. 593. 26. VI. 1902.

Go., 31 J. Ulc. ventr. Hysterie. 1. VII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf mehrmals durch hysterisches Erbrechen und Dyspnoe gestört. Knopf bei der Entlassung am 2. VIII. im R.-Bilde nicht nachweisbar.

Fall 61. J.-No. 599. 28. VI. 1902.

Bau., 37 J. Pylorusstenose. 3. VII. Gastr. retr. ant. mit M.-K. Verlauf ohne Störung. 24. VII. R.-Untersuchung negativ. 26. VII. Entlassung.

Fall 62. J.-No. 656. 9. VII. 1902.

Frau Scha., 29 J. Carc. pyl. inop. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf sehr gut. Nach 12 Tagen Knopf entleert. 2. VIII. Entlassung.

Fall 63. J.-No. 744. 22. VII. 1902.

Frau An., 57 J. Pylorusstenose. Gastr. post. retr. am 25. VII. mit M.-K. Verlauf ohne Störung. 9. VIII. Knopfabgang. 13. VIII. Entlassung.

Fall 64 J.-No. 768. 31. VII. 1902.

Be., 50 J. Ulc. ventr. Pylorusstenose und Perigastritis nach HCl-Verätzung. 1. VIII. Gastr.-Entero-Anastomose an der großen Kurvatur wegen nahezu vollkommener Fixierung des Magens. Starke Blutung während der Operation. Tamponade. 2. VIII. Ex. let. im Collaps ohne peritonitische Symptome.

Sektionsbefund: Hyp. Pneumonie lks. Schlaffes atrophisches Herz. Abdomen und Anastomose intakt.

Fall 65. J.-No. 841. 16. VIII. 1902.

Ei., 55 J. Carc. ventr. inop. 19. VIII. Gastr. post.

retr. mit M.-K. Verlauf ungestört. Knopfabgang nicht bemerkt. 8. IX. Entlassung.

Fall 66. J.-No. 930. 9. IX. 1902.

Frau Kl., 42 J. Ulc. ventr. Perigastritis. 11. IX. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. Knopfabgang nicht bemerkt. 13. XI. Entlassung.

Fall 67. J.-No. 964. 17. IX. 1902.

Frau Schm., 64. J. Carc. ventr. inop. 19. IX. Gastr. post. retr. mit M.-K. 11. X. Dünndarm in starker Bewegung. Ileus, der auf 5× 0,0005 Physostigmin sich bessert. 14. X. Knopfabgang. Keine Ileuserscheinungen mehr. 18. X. Entlassung.

Fall 68. J.-No. 1030. 27. IX. 1902.

Ha., 48 J. Ulc. et dilat. ventr. 30. IV. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. Knopfabgang nicht bemerkt. 24. X Entlassung.

Fall 69. J.-No. 1068. 5. X. 1902.

Hi., 15. J. Pistolenschuß Bauch. 5. X. Dünndarmresektion mit M.-K. Tamponade. Anfangs Stuhl- und Windverhaltung, 1× Erbrechen. 3× tägl. Physostigmin 0,0005. Erneute Tamponade. Leib etwas gespannt und empfindlich. 10. X. Normaler Verlauf. 21. X. Sekundärnaht. 25. X. Knopfabgang. 5. XI. Entlassung.

Fall 70. J.-No. 1283. 17. XI. 1902.

Wa., 56 J. Carc. pyl. inop. 20. XI. Gastr. post retr. mit M.-K. 20. XI. Hyp. Pneumonie. 30. XI. Unter zunehmender Schwäche Ex. let.

Sektion: Lungengangrän. Abdomen intakt.

Fall 71. J.-No. 1307. 22. XI. 1902.

Wr., 40 J. Dilat. cicatr. ventr. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gestört durch Bauchdeckenabsceß. Knopfabgang nicht bemerkt. 17. I. Sekundärnaht. 14. II. Entlassung.

Fall 72. J.-No. 1511. 6. I. 1903.

Frau He., 50 J. Dil. ventr. Perigastr. 11. I. Gastr. post. retroc. mit M.-K. Glatter Verlauf. Knopfabgang nicht bemerkt. 5. II. Entlassung

Fall 73. J.-No. 1754. 19. II. 1903.

Frau Stö. Carc. ventr. inop. 26. II. Gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. Knopfabgang nicht bemerkt. 14. III. Entlassung.

Fall 74. J.-No. 1759. 21. II. 1903.

Frau Gr., 64 J. Carc. ventr. Resectio pylorsi. Gastr. post. retr. mit M.-K. Bei der Resektion gleitet die zuerst um das Duodenum gelegte Ligatur ab. 2. III. Fäkulentes Erbrechen. Aufgetriebener Leib. 3. III. Wiedereröffnung der Wunde. Am Duodenalstumpf Perforation. Peritonitis. Tamponade. 4. III. Leib weich. 5. III. Die Duodenumnaht ist noch weiter aufgegangen; fortgesetztes galliges Erbrechen. 7. III. Bei der Wiedereröffnung durch Zug an einer mit dem Col. transv. verklebten Dünndarmschlinge Perforation. Compression Enteroanastomose zwischen zu- und abführendem Jejunumschenkel mit M.-K. Lösung der 6 cm weit gangränösen Dünndarmschlinge vom Colon. Resektion mit Naht. Tamponade, Drainage. 9. III. Hyp. Pneumonie. 10. III. Ex. let.

Sektion: Eitrige Peritonitis. Die Anastomosen halten dicht und sind durchgängig.

Fall 75. J.-No. 1882. 18. III. 1903.

Frau M., 51 J. Carc. ventr. inop. Gastroent. post. retr. mit M.-K. am 21. III. Am 23. III. Leib etwas aufgetrieben und schmerzhaft. Flatus. Auf Glycerinklystier wenig Stuhlgang. 23. III. Leib mehr aufgetrieben. P. verfällt. Ex. let.

Sektion: Peritonitis unbekannten Ursprungs. Anastomose gut.

Fall 76. J.-No. 12. 20. XII. 1902.

Schm., 24 J. 20. XI. Circumscripte Peritonitis nach Hufschlag gegen den Bauch. Perforation des Dünndarms. Resektion. Fistelbildung. Sekundärnaht andauernde Fistelbildung. 2. IV. Enteroanastomose mit M.-K. Weiterer Verlauf sehr gut. 13. IV. Knopf entleert. 11. V. Exstirpation der Fistel. 13. VI. Entlassung.

Fall 77. J.-No. 227. 16. IV. 1903.

Frau Wa., 43 J. Ptosis und Dilat. ventr. Peritonitis.

Laparotomie, Tamponade. 18. IV. Gastr. post. retr. mit M.-K. 22. IV. unter perit. Symptomen Ex. let.

Sektion: Großes Ulcus in den an der kleinen Kurvatur verwachsenen Leberlappen perforiert. Anastomose gut.

Fall 78. J.-No. 253. 22. IV. 1903.

Frau Ra., 62 J. Carc. pyl. 25. IV. Resectio pyl. und gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. 4. V. Knopfabgang. 17. V. Entlassung.

Fall 79. J.-No. 346. 6. V. 1903.

Frau Ho., 53 J. Carc. pyl. inop. 8. V. Gastr. post. retr. mit M.-K. Normaler Verlauf. Knopfabgang nicht bemerkt. 29. V. Entlassung.

Fall 80. J.-No. 416. 19. V. 1903.

Eg., 53 J. Carc. pyl. 23. V. Gastr. post. retr. mit M.-K. 7. VI. Knopf entleert. 18. V. Entlassung.

Fall 81. J.-No. 560. 19. VI. 1903.

Ha., 62 J. Carc. ventr. inop. 23. VI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf gut. Knopfabgang nicht bemerkt. 14. VII. Entlassung.

Fall 82. J.-No. 563. 20. VI. 1903.

Frau Wo., 39 J. Carc. pyl. inop. 27. VI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. Knopfabgang nicht festgestellt. 11. VII. Entlassung.

Fall 83. J.-No. 607. 28. VI. 1903.

Si., 54 J. Carc. pyl. inop. 30. VI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf: Hyp. Pneumonie und Bauchdeckenasceß. 4. VII. Ex. let.

Sektion: Braune Herzatrophie und Rektusscheidenabsceß. Hyp. Pneunomie. Abdomen intakt.

Fall 84. J.-No. 629. 3. VII. 1903.

Al., 38. J. Carc. ventr. 6. VII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Knopf nicht abgegangen. 10. VIII. Entlassung.

Fall. 85. J.-No. 902. 31. VIII. 1903.

Sp., 34 J. Pylorusstenose. 3. IX. Gastr. post. retr. mit M.-K. Reaktionsloser Verlauf. 1. X. Knopf im R.-Bilde nicht zu finden. Entlassung.

Fall 86. J.-No. 990. 22. IX. 1903.

Mo., 29 J. Carc. pyl. Resectio pylori. Gastr. post. retr. mit M.-K. Reaktionsloser Verlauf. Knopfabgang nicht bemerkt. 1. XI. Entlassung

Fall 87. J.-No. 981. 17. IX. 1903.

Krü., 55. J. Carc. ventr. inop. 19. IX. Gastr. post. retr. mit M.-K. 29. IX. Wiederholtes Erbrechen. 3. X. Zunehmendes nicht galliges Erbrechen. 7. X. Nach Magenspülung kein Erbrechen mehr; zunehmende Kachexie. 10. X. Meteorismus; rechts hypostatische Pneumonie. 13. X. Ex. let.

Sektion: Hyp. Pneumonie bdsts. Beginnende Peritonitis. Anastomose durchgängig und dicht, jedoch infolge Abknickung des rechtsgedrehten abführenden Schenkels funktionsunfähig.

Fall 88. J.-No. 1017. 28. IX. 1903.

Be., 23 J. Ileus durch narbige Verwachsungen an einer Dünndarmschlinge. 28. IX. Resektion von 25 cm Ileum mit M.-K. Tamponade. 29. IX. Leib empfindlich. Puls frequent und klein. 30. IX. Ex let.

Sektion: Blutung aus Mesenteriumnaht. Anastomose gut.

Fall 89. J.-No. 1354. 10. XII. 1906.

Frau Bü., 60 J. Carc. pylori. 15. XII. Resectio pylori, Gastr. post. retr. mit M.-K. 22. XII. Durchfälle, Ödeme, Diuretin, kein Eiweiß. 25. XII. Knopf abgegangen. Aufgehen der Bauchwunde. Sekundärnaht. Herzschwäche. Digitalis. 19. I. Entlassung.

Fall 90. J.-No. 1418. 30. XII. 1903.

Si., 60 J. Carc. pyl. 31. XII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf: Große Schwäche, frequenter, kleiner Puls. Kochsalzinf. Alkohol. 9. I. 04. Pneumonie und Pleuritis. 10. I Ex. let.

Sektion: Pneumonie mit gangränösen Herden bdsts. Pleuritis. Abdomen: intakt.

Fall 91. Jo.-No. 1433. 5. I. 1904.

Mö. Carc. pyl. Frühere Jejunostomie. 6. I. Resectio pyl., Gastr. post. retr. mit M.-K. 22. I. Knopfabgang. 13. II. Entlassung.

Fall 92. J.-No. 1509. 17. I. 1904.

Frau Ja., 70 J. Ulcus ventr. 22 I. Gastr. post. retr. mit M.-K. 25. I. Hypost. Pneumonie. Ex. let.

Sektion: Hyp. Pneum. Abdomen reaktionslos.

Fall 93. J.-No. 1510. 18. I. 1904.

Bo., 50 J. Carc. pyl. 19. I. Resectio pyl., Gastr. post. retr. mit M.-K. und Übernähung. 21. I. Hyp. Pneumonie. 28. I. Ex. let.

Sektion: Pneumonie und Pleuritis rechts. Abdomen frei.

Fall 94. J.-No. 1610. 5. II. 1904.

Frau Schr., 46 J. Carc. ventr. inop. 7. II. Gastr. post. retr. mit M.-K. Ungestörter Verlauf. 23. II. Knopfabgang. 1. III. Entlassung.

Fall 95. J.-No. 1558. 29. I. 1904.

Chr., 60 J. Carc. pyl. inop. 1. II. Gestr. post. retr. mit M.-K. 8. II. Hyp. Pneumonie. 14. II. Sekundärnaht. 5. III Entlassung.

Fall 96. J.-No. 139. 6. IV. 1904.

Zi., 54. J. Carc. pyl. inop. 8. IV. Gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. 18. IV. Knopfabgang. 23. IV. Entlassung.

Fall. 97. J.-No. 147. 7. IV. 1904.

Frau Ha., 44 J. Pylorusstenose. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf sehr gut. Knopfabgang nicht bemerkt. 28. IV. Entlassung.

Fall 98. J.-No. 394. 30. V. 1904.

Sche., 31 J. Carc. pyl. inop. 1. VI. Gastr. ant. mit M.-K. Ungestörter Verlauf. 12. VI. Knopf entleert. 15. VI. Entlassen.

Fall. 99. J.-No. 493. 30. VI. 1904.

Ra., 60 J. Carc. ventr. inop. Gastr. post. retr. mit M.-K. Verlauf: Schenkelvenenthrombose. Knopf nicht gefunden. 23. VII. Entlassung.

Fall 100. J.-No. 611. 5. VII. 1904.

Bo., 46. J. Carc. pyl. 7. VII. Resectio pyl., Gastr. post. retr. mit M.-K. 11. VII. Periton. Symptome. 12. VII. Ex. let.

Sektion: Eitrige Peritonitis. Gangrän des ganzen Col. transvers. Keine Perforation an Knopf- und Nahtstellen.

Fall 101. J.-No. 621. 7. VII. 1904.

Sä. Carc. pyl. 9. VII. Gastr. post. retr. mit M.-K. 13. VII. bdsts. hyp. Pneumonie. 16. VII. Ex. let.

Sektion: bdsts. hyp. Pneumonie und Pleuritis.

Fall. 102. J.-No. 796. 9. VIII. 1904.

Ca., 46 J. Carcin. pyl. 11. VIII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Resectio pylori. Kollaps. 15 VIII. Dauerndes Erbrechen. 16. VIII. Ex. let.

Sektion: Abknickung des abführenden Darmschenkels.

Fall 103. J.-No. 800. 12. VIII. 1904.

Frau Lü., 45. J. Carc. ventr. 14. VIII. Wegen großer Schwäche Gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. 31. VIII. Res. ventr. Knopf nicht mehr an der Anastomose. Abgang nicht bemerkt. 15. IX. Entlassung.

Fall 104. J.-No. 987. 20. IX. 1904.

Wi., 60 J. Carc. ventr. 22. IX. Wegen großer Schwäche des Pat. Gastr. post. retr. mit M.-K. 26. IX. Hyp. Pneumonie. 1. X. Ex. let.

Sektion: Myocarditis, jauchiger Lungenabsceß links. Abdomen frei.

Fall 105. J.-No. 1237. 16. XI. 1904.

Ti., 16 J. Narbige Pylorusstenose. Salzsäureätzung. 17. XI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. Knopf im R.-Bilde nicht zu finden. 11. XII. Entlassung.

Fall 106. J.-No. 1567. 7. II. 1905.

Frau Kr., 50 J. Carcin. pyl. 10. II. Resect. pyl. Gastr. post. retr. mit M.-K. Ungestörter Verlauf. 23. II. Knopfabgang. 1. III. Entlassung.

Fall. 107. J.-No. 111. 24. III. 1905.

Pr., 21 J. 24. III. Ulc. ventr. perf., Peritonitis, Laparotomie, Excision des Ulcus, Tamponade. Nach mehrmaliger Naht einer Kotfistel 23. IV. Enteroanastomose mit M.-K. 3. V. Knopf nach ungestörtem Verlauf abgegangen. 24. V. Schließung des Anus prätern. 24. VII. Entlassung.

Fall 108. J.-No. 117. 28. III. 1905.

La., 58. J. Carc. pyl. 29. III. Gastr. post. retr. mit M.-K. 2. IV. Ex. let.

Sektion: bdsts. hyp. Pneumonie. Abdomen reaktionslos.

Fall 109. J.-No. 186. 10. IV. 1905.

Pö., 34 J. Stenosis pyl. Gastr. post retr. mit M.-K. Ungestörter Verlauf. Knopfabgang nicht bemerkt.. 28. IV. Entlassung.

Fall 110. J.-No. 298. 2. V. 1905.

Kr., 60 J. Carc. pyl. 5. V. Gastr. post. retr. mit M.-K. Glatter Verlauf. Knopfabgang nicht bemerkt. 31. V. Entlassung.

Fall 111. J.-No. 538. 22. IV. 1905.

Frau Rho., 48 J. Carc. ventr. inop. 26. VI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Guter Verlauf. 15. VII. Entlassung.

Fall 112. J.-No. 647. 14. VII. 1905.

Be., 51 J. Carc. pyl. inop. 18. VII. Gastr. post. retr. mit M.-K. Guter Verlauf. 5. VIII. Bei der Entlassung ist der Knopf noch nicht entleert.

Fall 113. J.-No. 750. 4. VIII. 1905.

Re., 36 J. Carc. ventr. 4. VIII. Ileus, Enteroanastomose mit M.-K. Ex. let.

Sektion: Das abführende Ende einer früheren Gatroent. ist durch das Carc. verschlossen. Beide Anastomosen gut.

Fall 114. J.-No. 1059. 6. X. 1905.

Gu., 47 J. Carc. ventr. inop. 9. X. Gastr. post. retr. mit M.-K. Guter Verlauf. 26. X. Entlassung. Knopf nach 30 Tagen entleert.

Fall 115. J.-No. 1295. 21. XI. 1905.

Frau Li., 58. J. Carc. pyl. 28. XI. Gastr. post. retr. mit M.-K. Nach gutem Verlauf Knopf am 11. XII. abgegangen. 22. XII. Entlassung.

Fall 116 und 117. s. o.

Fall 118.

Frau X., 53 J. Carc. des Col. desc. mit der Bauchwand verwachsen. Ileus. Bei der Operation findet sich, daß einige Dünndarmschlingen mit dem Tumor verklebt und eine

davon selbst karzinomatös ist. Resektion derselben und des Col. desc. Vereinigung end-to-end mittelst eines kleinen M.-K. am Dünndarm und eines großen am Dickdarm. Tamponade. Verband. Verlauf gut. Der Dünndarm heilte am Colon, jedoch Perforation, durch die zuerst der kleine und dann der große Knopf austrat. Heilung durch Granulation unter dauerndem Verbandwechsel. Eine spätere Operation zeigte vollkommene Heilung ohne Recidiv.

Wenn man nun die in der hiesigen Klinik gesammelten Erfahrungen kurz zusammenfassen will, ergiebt sich ungefähr folgendes:

Bei Gastroenterostomie, namentlich gastr. post. retr. als Palliativoperation bei Magenkrebs ist die Knopfmethode eine ideale, da sie sich mit erheblicher Zeitersparnis und besonders bei kachektischen Patienten ohne die Unzuträglichkeiten einer Narkose unter Lokalanästhesie mit guten funktionellen Ergebnissen ausführen läßt.

Bei gutartigen Stenosen wird die Naht bevorzugt.

Bei der Dünndarmresektion ist der Murphyknopf zu empfehlen, wenn es sich um einen in seiner Funktion wenig oder gar nicht geschädigten Darm handelt und nur dann, wenn Zeitersparnis von Wert ist, da man, auch wenn man scheinbar im Gesunden reseziert, anscheinend der Regenerationsfähigkeit des Darmes leicht zuviel zumutet. Bei Dickdarmanastomosen wird mangels ausreichender eigener Erfahrungen nach dem Vorgange der meisten Autoren die Naht side-to-side wo angängig bevorzugt.

* * *

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Helferich für die gütige Zuweisung der Arbeit und Herrn Dr. Axhausen für die bereitwillige Unterstützung bei der Anfertigung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Wiener, Centralblatt für Chirurgie, 1895.
Murphy, „ „ „ 1895.
Luria, „ „ „ 1897.
Marwedel, „ „ „ 1897.
Chlumsky, Beiträge zur kl. Chirurgie, Bd. 27.
Steinthal, „ „ „ „ „
Gelpke, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1906.
Heidenhain, Centralblatt für Chirurgie, 1897.
Heydenreich, „ „ „ 1897.
Jordan, „ „ „ 1898.
Kümmell, „ „ „ 1898.
Neuweiler, Langenbecks Archiv für kl. Chirurgie, Bd. 69.
Simon, Jahresbericht aus der Czerny'schen Klinik, Heidelberg. Beiträge zur kl. Chirurgie, 1905.

Lebenslauf.

Ich, Heinrich Wildenrath, kath. Konfession, bin am 5. April 1881 in Neumagen a. d. Mosel geboren. Mein Heimatsort ist Lobberich (Rhld.) und bin ich Staatsbürger in Preußen Ich besuchte das Gymnasium in Kempen (Rheinl.) und bestand an dem Gymnasium in Kempen (Rheinl.) das Abiturientenexamen. Ich studierte an den Universitäten Bonn 4 S., Freiburg i. B. 2 S., Kiel 4 S. und bestand im Sommersem. 1903 das ärztliche Vorexamen in Bonn und im Wintersem. 1905 die ärztliche Staatsprüfung in Kiel.